16.

UNA MODIFICAZIONE ALLA CURA OPERATIVA

DELLE

CISTI DI ECHINOCOCCO DEL FEGATO

PEL

Prof. D'ANTONA ANTONINO



GENOVA
TIPOGRAFIA DEL R. ISTITUTO SORDO-MUTI
1888

UNA MODIFICAZIONE ALLA CURA OPERATIVA

DELLE

CISTI DI ECHINOCOCCO DEL FEGATO

PEL

Prof. D'ANTONA ANTONINO



GENOVA

TIPOGRAFIA DEL R. ISTITUTO SORDO-MUTI

1888

Estratto *dall' Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia*
Anno IV — Vol. Unico

Il mio modo d'operare alcune cisti di echinococco del fegato fu esposto nella riunione della Società Italiana di Chirurgia, tenuta in Roma nell'Aprile del 1886.

Per equivoco non fu pubblicato negli atti relativi.

Ora lo ripresento, confortato d'altre tre osservazioni oltre quelle tre precedenti alla mia prima comunicazione.

Tra queste ultime ve ne ha una di cisti sviluppatasi verso il torace, ed operata collo stesso metodo attraverso il cavo pleurico.

Dei sei casi, dei quali riferirò in ultimo tre sono stati operati col mio metodo, e due alla Graves-Volkmann. In un caso, dopo l'incisione delle pareti addominali, trovate e riconosciute le solide aderenze peritoneali, si procedè seduta stante alla larga apertura con parziale estrazione immediata di gran parte della vescica del parassita.

Cinque sono state operate nella Clinica Propedeutica da me diretta, ed uno a Sorrento.

Tutti e sei i casi sono stati seguiti da guarigione.

Un settimo caso operato in extremis ad Aversa, e del quale dirò

in ultimo poche parole, non può entrare in queste considerazioni operative statistiche.

Come risulterà dalle brevissime storie, riferirò, che io ho operato due infermi col metodo Graves, che dai Tedeschi a torto si riferisce a Volkmann sol perchè egli applicò la medicatura Listeriana alla operazione originaria di Graves.

L'incisione alla Graves comincia immediatamente sotto il margine costale ed in corrispondenza della sezione più prominente del tumore in direzione verticale — e per la lunghezza di 5 a 6 centim. — col coltello e senza guida si procede sino ad incidere il peritoneo parietale — col bisturi bottonato s'allarga e si regolarizza la bottoniera peritoneale. — Raramente occorre ligare qualche piccolo vaso parietale.

Nelle forti escursioni respiratorie si vede scorrere di sotto le labbra dell' apertura peritoneale la superficie epatica.

Poichè uno strato di tessuto epatico è di solito esistente di sotto il peritoneo, ed anteriormente alla parete cistica, così non è ad aspettarsi di vedere e riconoscere a trasparenza attraverso il peritoneo iperemico viscerale la sottostante cisti ed il suo contenuto. — Anzi s' ha l' apparenza di tessuto epatico normale. — Perciò è necessario avere prima un concetto diagnostico preciso per non contare di riconfermarlo colla vista, o col dito attraverso la stretta apertura della ferita peritoneale.

Lavata la ferita colla soluzione al sublimato, e spolveratovi del jodoformio sopra, colla garza jodoformica o al sublimato si chiude il tutto. Dopo 5 o 6 giorni scoprendo la ferita la si trova con una zona infiltrata, rossa, e la superficie del tumore fissata ai margini più profondi della ferita — fissazione che si constata durante le escursioni respiratorie. Siegue la larga incisione, e le iniezioni disinfettanti, — specialmente se il prodotto è guasto.

Lavando col sublimato a 1 $^0/_{00}$ ho osservato fenomeni di mercurialismo (gengivite, diarrea), perciò dopo aver lavato al $^1/_2\ ^0/_{c0}$, le ultime lavande vengono fatte con soluzioni debolissime, al $^1/_6\ ^0/_{00}$. — Imperocchè non è a temere l' assorbimento durante il lavaggio, ma quello che segue alla permanenza d'una certa quantità di soluzione nel cavo cistico.

L'andamento consecutivo è dei più semplici, ma è lungo. — Passano dei mesi pria che la fistola si chiuda. — Però gl'infermi lasciano presto il letto; ritornano alle loro abituali occupazioni, avendo cura soltanto di una semplice medicazione giornaliera.

In un caso (osserv. V), procedendo alla incisione, m'avvidi che esistevano già aderenze abbastanza strette tra i due foglietti peritoneali, perciò procedei direttamente all'apertura larga della cisti. — Indi procurai dissecare, e tirare fuori il sacco dell'echinococco; ma veniva a brandelli, e non mi riuscì a cacciarlo tutto. — Allora mi persuasi ancora una volta come sia difficile ottenere quello che il Lindemann col suo metodo ha voluto sperare. — A parte la difficoltà di cucire e tenere fissati i delicati lembi peritoneali viscerali contro la fresca ferita delle pareti addominali, vi ha la difficoltà grandissima di cavare tutto il sacco echinococchico. E dopo tutto la delicata pratica manca di avere un reale vantaggio; imperocchè la cavità residuale guarisce sempre per suppurazione.

È solamente per un processo riparativo suppurante che il colmamento dee operarsi. — Ora essendo così, mi sembra indifferente che rimanendo porzione della parete del parassita, non potuta estrarre, essa venga ad essere rammollita ed eliminata in secondo tempo per suppurazione.

Altri tre casi (osserv. I, IV e VI) furono operati nel seguente modo.

Conficcato il mio trequarti a breve e forte curvatura di sotto l'arco costale, oppure in uno spazio intercostale, viene fatto risortire a 5 o 6 centimetri, ed in direzione dello stesso spazio, lungo la linea degli archi costali.

La canula lasciata in sito permette che il liquido coli attraverso i grossi buchi, che stanno nel corpo della stessa. — La quale essendo rigida mantiene fisse ed intimamente addossate le une contro le altre quattro aperture peritoneali, rendendo impossibile lo scorrimento della parete epatica dopo il vuotamento e riduzione del cavo cistico. — Dopo 48 o 60 ore le aderenze sono

stabilite, e si può sostituire un tubo a drenaggio più grosso della canula. — Il tubo porta due grossi buchi o tre nel mezzo; il resto è intero, e senza buchi; e si dee procedere in guisa che quella sezione del tubo bucata (estesa circa 3 centim.) corrisponda nel cavo cistico.

Se questa sostituzione si vuole fare nella stessa seduta della punzione accade che la parete cistica si retrae, il tubo viene inginocchiato in corrispondenza del cavo peritoneale, ed il liquido non scorre fuori, e può capitar nel cavo peritoneale con grave pericolo dello infermo.

Nelle prime operazioni io praticai la sostituzione in primo tempo; ed in verità non ho avuto accidenti. Ma ho notato questo; che cioè col progressivo vuotamento e ritrarsi delle pareti cistiche il parallelismo delle quattro aperture peritoneali si perdeva; per la quale cosa l' ansa del tubo dentro il cavo cistico venendo tratta fortemente in sù, ne seguiva una forte inginocchiatura e pressione del tubo giusto in quella sezione corrispondente alla parete profonda peritoneale della puntura, e l'uscita del liquido si arrestava. In vero basta in casi simili fare una forte trazione sui capi esterni del tubo, e quindi tirare giù l' ansa di esso e corrispondente parete cistica per rimettere il corso del prodotto cistico.

Quantunque durante queste manovre la sfuggita di liquido attraverso le due aperture peritoneali epatiche non sia facile, pure a prevenire questa possibilità consiglio lasciare addirittura la canula del trequarti in sito per due o tre giorni.

Quando la punzione si fa molto in alto, poniamo attraverso il settimo od ottavo spazio intercostale; poichè la cisti col raccoglimento consecutivo al vuotamento non può al certo subire spostamenti di sorta, e tanto meno verso sopra, così non occorre lasciare la canula; e penso si possa sostituire il tubo seduta stante, come feci nel caso operato a Sorrento assistito dal Chiarissimo Collega Tommaso Olivieri.

Questo metodo non ha che fare cogli altri finora conosciuti.

La doppia punzione alla distanza di tre e quattro centimetri con due trequarti, le cui canule rimanevano conficcate nel corpo della cisti per aspettare l' adesione del peritoneo nello spazio compreso

tra le due canule, e permettere poi l' incisione, come faceva Simon, ha molti inconvenienti, ed è stato quasi abbandonato.

Difatti il periodo preparatorio per venire all' incisione è lungo, e molesto, perchè non è commodo tenere fisse due canule sul corpo del tumore. Talvolta vi ha suppurazione, ed icorizzazione; oppure avvenendo esse dopo le punture possono dare gravi accidenti infettivi prima che arrivi il periodo indicato per l' incisione.

Dopo tutto può mancare la peritonite adesiva; nè si hanno segni certi per diagnosticare l' esistenza o no della desiderata adesione.

Lindemann utilizzò per l' echinococco del fegato la pratica degli ovariotomisti nelle cisti troppo aderenti, che non potendo essere completamente estirpate, le loro pareti vengono cucite alla ferita addominale.

Egli operò così un caso di cisti suppurata, e prossima ad aprirsi da sè nel 1871, ma non fu pubblicato che nel 1879 in una dissertazione di Alfredo Kirchnev. Lindemann (1) in quel primo caso incise le pareti addominali; e punto a scopo diagnostico il tumore, fu immediatamente praticata una larga incisione e le pareti della cisti cucite alla ferita parietale. — Basta leggere l' osservazione per persuadersi, che in quel caso esistevano già le desiderate aderenze.

Lo stesso operatore non sicuro difatti che il suo processo potesse garentire dal versamento nel cavo peritoneale durante il vuotamento, sentì il bisogno di modificarlo.

Scoverto il tumore cistico con due lunghi aghi vengono passate due robuste anse di forte catgut da un angolo all' altro della ferita addominale, e parallelamente ai suoi margini. — Incisioni in mezzo alle due parallele anse; e mentre il vuotamento va compiendosi la parete cistica viene portata fuori, e cucita come prima. — Dall' ampia ferita, e dopo assicurata la cucitura dell' apertura della cisti si procura d' estirpare la membrana propria dello echinococco.

Bella modificazione questa; ma occorre ampia ferita forse più di

(1) Lindemann, Ein Beitrag zur Operation der Echinococcen der organe der Bauchöle. Berlin 1879.

quello che è necessario. — E se la parete cistica è molto assottigliata le anse di catgut possono lacerarla, e farla scappare, o per lo meno permettere la sfuggita di liquido pei buchi nel peritoneo.

Landau apportò altra sotto-modificazione (1). — Scoverto il tumore cistico, in corrispondenza dell' angolo inferiore della ferita vengono gittati due punti di sutura staccati, i quali fissano la parete cistica a dritta ed a sinistra sui margini della ferita, e annodati sulla cute.

Altri due fili vengono ugualmente posti verso l' angolo superiore; ma i capi non annodati vengono affidati ad un assistente. Incisione per lungo, vuotamento, e cucitura come nella Lindemann. Come è chiaro la modifica di Landau è di poco conto; e si può ad essa fare l' osservazione fatta a quella di Lindemann Sanger (2) dopo scoverto il tumore passa alla cucitura della parete cistica coverta dal peritoneo viscerale attorno a tutta la ferita parietale, e poi apre.

Manovra lunga, delicata, e che non garentisce contro la possibile uscita di liquido cistico pei forami della sutura e penetrazione nel peritoneo.

Così delicata e lunga può riuscire quella manovra che Knousley Thornton nel 1883 credette poterne fare a meno, e rimediarvi con un mezzo più semplice.

Scoverto il tumore circondò tutta la ferita profondamente con spugne disinfettate, e mentre era tenuta fortemente allargata, la cisti pressata e sporgente venne incisa. — La giovane donna morì dopo 31 ore per acutissima setticemia.

Le discussioni su tutte queste varianti, tenute negli ultimi Congressi Chirurgici, sono state molte. In genere pare che da tutti s' accetta il principio di operare in un tempo alla Lindemann o Landau.

(1) Landau. — Zur Operativen Behandlung der Echinococcen in der Bauchhöhle — Berl. Klin. Wochensc. l. 93 — 1880.

(2) Sanger. — Zur operativen Behandlung der Abscesse u. Hydatiden der Leber — Berl. Klin. Wochensc. 1877, l. 155.

Schlegtendal raccolse le 23 storie di casi conosciuti, ed operati a quella guisa da 11 diversi operatori. Morti 4 (82. 6 di guarigioni).

Come si vede, pur non essendo cattiva, la statistica non è al certo quella che si può sperare; ed io sono convinto che non essendo sistematicamente attaccato ad un metodo, ma sapendo scegliere quello che meglio possa convenire al caso speciale, si può arrivare ad una statistica molto più confortante.

Nei casi nei quali urge realmente intervenire e compiere l'operazione del vuotamento, e specialmente della disinfezione in una sola seduta, io credo che convenga il mio metodo.

Negli altri poi, nei quali è indifferente il rimettere l'operazione di complemento a quattro o cinque giorni più tardi credo convenga il metodo Graves-Volkmann. — S'intende che qui si richiede pratica delle operazioni del ventre, e conoscenza della pratica asettica ed antisettica.

Il metodo mio è alla portata di tutti i giovani chirurgi. — È vero che dalla canula, e dal tubo non possono uscire le cisti figlie. — Ma dopo quattro o cinque giorni si può allargare le ferite nella direzione dell'ansa di tubo posta dentro il cavo cistico colla sicurtà di trovare fissata la parete cistica alla parietale.

Le cisti figlie finchè sono intere non sono quelle che danno i maggiori prodotti putrescibili; e se sono rotte e disfatte, il prodotto può bene uscire pel tubo.

Il fatto è che operando casi col metodo Graves-Volkmann, e col mio io non ho perduto alcun infermo pel fatto dell'operazione.

Nell'anno 1885 trovandomi ad Aversa fui invitato ad osservare una donna affetta da un tumore addominale. — L'addome era grosso come nei più grossi tumori cistici ovarici.

La inferma era stata punta più d'una volta da un Professore di Napoli colla siringa di Pravaz; e s'era potuto constatare trattarsi di cisti d'echinococco del fegato. — N'era seguita suppurazione ed icorizzazione del contenuto. — Non avea nulla in pronto. — Praticai un'incisione sino al peritoneo; — avrei potuto andare innanzi, ed aprire largamente, perchè trovai estese aderenze, ma mi mancava tutto per il lavaggio e disinfezione.

Anche l' assistenza mi mancava. Perciò zaffai la ferita, come se non avessi trovato aderenze — Tornai l' indomani. — Coll' incisione estrassi più che venti litri di pus icoroso.

Ognuno può immaginarsi lo stato di quell' infelice, ch' era senza polsi, e quasi agonizzante pria d' essere operata.

Le cose andarono benino nei primi giorni; ma il decadimento generale progredì; — e dopo nove giorni con fenomeni di profonda anemia ed esaurimento accompagnato a fatti di trisma assai determinato, quasi fosse un trisma tetanico, la inferma morì.

Questo caso operato in extremis non può far parte d' una statistica d' operazioni. — Ognuno si sarebbe rifiutato assolutamente ad operare. — E questo fu il consiglio, che m' avea dato l' egregio Collega Dott. Antonio Ruffo d' Aversa, che assistè all' apertura dell' enorme cisti.

STORIA I.

Allocca Felice da Nola, 27 anni, contadino.

Cisti da echinococco del fegato suppurata — Il 19 marzo 1885 entra in Clinica.

Nel marzo 1884, senza causa apprezzabile, dolore alla regione scapolare dritta e poi brivido intenso e febbre gagliarda della durata di 7 giorni con dolori all' ipocondrio dritto. Fino al luglio ripetizione degli stessi fatti diverse altre volte; e il dolore all' ipocondrio, esacerbantesi con le febbri ricorrenti, non è mai scomparso: deperimento graduale. Nell' agosto piccola intumescenza alla regione ipocondriaca dritta in corrispondenza della linea mammillare, intumescenza che poi è cresciuta gradatamente.

Da novembre le molestie cagionate dal dolore all' ipocondrio dritto si sono accresciute. Fin dall' agosto i medici constatarono l' ingrandimento del fegato. Stitichezza sin dallo stabilirsi della malattia.

All' ispezione il torace dritto è slargato alla base; l' intume-

scenza all' ispezione dalla regione ipogastrica si estende in basso fin sotto l'ombelico, a sinistra raggiunge la linea mammillare, in alto si sperde nel torace, a dritta raggiunge l' ascellare posteriore; ed è prominente sul livello delle pareti addominali circa 3 centimetri. Nei forti movimenti respiratorii sembra scorrere in giù. Cute integra. La palpazione conferma i fatti dell' ispezione. A dritta i limiti del tumore raggiungono la regione lombare, in giù a due dita trasverse dalla cresta iliaca; in alto non si possono infossare le dita sotto le costole. I margini del tumore sono di forma arrotondita. Superficie regolare quasi bilobata a dritta; ed in basso più consistente che alla parte prominente. Alla percussione il limite superiore raggiunge la quarta costola nella linea mammillare, la terza nell' ascellare media, sicchè il confine superiore del tumore trasportato già molto in alto è segnato da una linea leggermente ascendente indietro. In tutto l' ambito del tumore percussione ottusa.

Il 18 aprile si punge al disotto degli archi costali, per riuscire a circa 5 centimetri in avanti. Seduta stante compio la sostituzione della canula del trequarti con un tubo da drenaggio più grosso. Fuoriuscita di gran copia di liquido color feccia di vino, che mano mano si va facendo purulento con piccoli frammenti bianchicci in sospensione. Disinfezione, medicatura, che si ripete due volte al giorno per parecchio tempo. — Leggera febbre remittente nei primi giorni. — Il 24 raggiunge il maximum (39. 5). Il 26 cade completamente — La suppurazione abbondante nei primi giorni diminuisce gradatamente. Si restringe il cavo ed il tubo è tirato man mano colla sua ansa in alto sotto le costole. S'incide la cute tra i due forami e si allacciano i due capi del tubo fortemente tirati fuori. Si ripete ciò ogni giorno, fino a che si necrotizza la parte di tessuti interposta tra i due capi del tubo; rimosso il quale resta una larga breccia delle pareti addominali che conduce nel cavo della cisti che man mano si chiude.

Il 25 giugno esce dalla clinica; e dopo quattro settimane si ripresenta completamente guarito.

STORIA II.

Cesario Donato da Trinitapoli (Foggia), scalpellino, 44 anni.

Cisti da echinococco del fegato suppurata. — Ricevuto il 10 gennaio 1886.

Nel luglio 1885 dolori viscerali, diarrea, febbre per 20 giorni. Alla metà di settembre dolori all' ipocondrio dritto, febbre, e tumefazione della regione del fegato, fatti che si son ripetuti diverse altre volte in seguito. Il 9 gennaio 1886 il Dott. De Simone nelle sale della Clinica Chirurgica praticò una puntura esploratrice in corrispondenza del punto intermedio fra la mammillare dritta e l' ascellare anteriore, un centimetro circa al disotto dell' arcata costale: non si sa quel che ne sia uscito. Mai itterizia. Il 10 del gennaio entra in Clinica Propedeutica abbastanza denutrito.

La metà inferiore del torace dritto sin quasi alla cresta iliaca è rigonfiato. Gli archi costali corrispondenti allargati e spostati in alto. La tumefazione apparentemente si estende in alto fin sotto la mammella; in avanti occupa tutta la regione epigastrica, e s'estende in basso sino ad un dito trasverso dalla spina iliaca antero-superiore; indietro si sperde nella regione lombare. La tumefazione è più sporgente verso la linea xifo-ombelicale; colla respirazione non pare si sposti.

La palpazione conferma i dati della ispezione. I margini del fegato si sentono precisi, arrotondati. La superficie del tumore oltre una bozza verso la parte inferiore, non lascia notare disuguaglianza di sorta. La parete è tesa, però si percepisce bene la mollezza sino alla fluttuazione chiara. Il limite superiore arriva alla 5.ª costola sulla linea mediana; al 5.° spazio intercostale in corrispondenza della mammillare: indietro all' 8.° spazio. Proprio indietro il livello è normale.

Il 14 gennaio incisione verticale di 5 cent. delle pareti addominali in corrispondenza del punto dove è stata fatta la puntura esploratrice, sino al peritoneo viscerale; imbottimento con garza. Il 21 gennaio constatata l' aderenza del peritoneo si apre larga-

mente la cavità della cisti. Vien prima un liquido limpido citrino, quindi molto pus. Lavaggio al sublimato prima al mezzo per mille e poi al 5.⁰ per mille, imbottimento con garza al iodoformio. Apirettico. Man mano diminuisce la suppurazione, il cavo si restringe e il 18 febbraio esce dalla Clinica.

Resta un tragitto profondo cinque centimetri, che dopo parecchie settimane, l' infermo essendo ritornato qui dal suo paese, si mostra chiuso.

STORIA III.

Samuele Roberto da Canale di Serino, prete, 43 anni.

Cisti da echinococco del fegato suppurata. — Ricevuto alla Casa di salute il 4 febbraio 1886.

Sin dall' infanzia avvertiva un dolore all' ipocondrio dritto, accessionale, che si presentava a lunghi intervalli.

Due anni indietro il dolore si fece più intenso, accedeva quotidianamente e durava più a lungo del solito.

Nell' agosto 1884 dissenteria che continuò fino alla sua entrata nell' ospedale, ove migliorò. Non sa precisare se la dissenteria precedette o coincise col dolore, solo ricorda benissimo che il dolore esisteva anche prima della dissenteria.

Ritornato al paese l' infermo continuò a sentirsi male, e le sue sofferenze dopo qualche mese si aggravarono.

Consultati i medici, diagnosticarono ascesso epatico. Alle sofferenze s'aggiunse un notevole deperimento della nutrizione generale, e con questo una intumescenza sotto l' arco costale dritto, che guadagnava la regione iliaca dello stesso lato. Nell' ospedale ha avuto febbre moderata, che cessò il giorno seguente all' operazione.

Incisione verticale di 5 cent. da sotto la cartilagine della 6.ª costola in giù, incisione sino al peritoneo viscerale. Non occorre ligare alcun vaso: imbottitura con la garza iodoformica. Al 7.⁰ giorno prima medicatura e larga apertura del cavo cistico. Esce una gran quantità di pus misto a sangue. Lavaggio al sublimato, come di

solito, e drenaggio. Cade la febbre definitivamente. Dal tubo insieme al prodotto viene quasi giornalmente una discreta quantità di sangue, che talvolta diviene veramente abbondante. Procedono così le cose sino alla fine della settimana.

Il prodotto allora divenuto purulento si riduce sempre nella sua quantità ed il prete alla fine dell' 8.ª settimana riparte pel suo paese, portando ancora un tubo che si approfonda per circa sette centimetri. Dopo un mese si ripresenta con un piccolo tragitto, profondo appena due centimetri. Si seppe poi che la guarigione si compiè nel corso di pochi giorni successivi.

STORIA IV.

Luigi Speranza da Napoli, 30 anni, impiegato.

Cisti da echinococco del fegato (*ala piccola*) — Entrato in Clinica il 23 novembre 1886.

Cinque anni fa nella regione epigastrica insorgenza di un piccolo tumore che è cresciuto gradatamente e lentamente senza dare altra molestia che un senso di peso, e un po' di affanno nel correre, e nel salire le scale.

Nella regione epigastrica, linea mediana, fino ad un dito al disopra dell' ombelico tumore ben delineato, spostabile notevolmente con i movimenti respiratorii, fluttuante. Percussione vuota in corrispondenza della appendice ensiforme, fin in giù all' ombelico. Il limite superiore del fegato normale è spostabile colla respirazione.

Si fa diagnosi di cisti da echinococco del fegato. Il 30 novembre operazione. Incisione della cute dall' appendice ensiforme in giù lunga 5 centimetri. Incisione degli strati sottostanti: si trova aderenza del peritoneo parietale al viscerale in corrispondenza della incisione; quindi si apre in primo tempo la parete della cisti con taglio similmente longitudinale: per maggior garanzia cucitura della parete cistica alle labbra della ferita: fuoriuscita di liquido cistico e di porzione della cisti del parassita, drenaggio e medicatura con imbottimento della ferita: febbre a 38. 8⁰ la sera, che

il 4 novembre raggiunge i 40° nonostante la rigorosa medicatura antisettica.

Il giorno 8 esce il resto della parete cistica con un numero straordinario di cisti figlie e cade la febbre per non più riapparire.

Gradatamente il cavo si restringe, la suppurazione diminuisce, fino a che in gennaio esce dalla Clinica residuandosi un tragitto fistoloso profondo sei o sette centimetri.

Il tragitto progressivamente mostra grande tendenza ad accorciarsi e più a restringersi: si dilata ripetutamente colla laminaria e si cauterizza il fondo: dopo circa due mesi il tragitto breve persiste ancora e l'infermo esce dall'ospedale; e si perde di vista.

Riflessioni. — Era notevole e ben chiara la mobilità del tumore durante l'ascensione respiratoria, ed i movimenti di lateralità impressi dalla mano del chirurgo. Con quella mobilità, e scorrevolezza del tumore di sotto le pareti addominali nessuno avrebbe potuto ammettere aderenze peritoneali. Eppure era così. A proposito deggio aggiungere che più d'una volta m'è accaduto di dovere diagnosticare tumori ovarici liberi d'aderenze parietali, che nel fatto poi esistevano, e strette.

La spiegazione è che l'infiammazione adesiva tra i due foglietti del peritoneo non estendendosi talvolta diffusa al connettivo sotto peritoneale parietale permette esteso movimento di scorrimento del foglietto parietale sul sottostante piano aponevrotico muscolare.

STORIA V.

G. Cafiero da Sorrento, anni 28, marinaio.

Cisti suppurata del fegato aperta per la via del torace. — Viaggiando nei porti delle Indie prese e sofferse per molto tempo febbre malariche; verso il giugno 1885, quando usciva convalescente dalle febbri fu colto dapprima da un senso molesto, poi da un dolore esteso a tutto l'ipocondrio dritto. Il dolore ricorrentemente si faceva così intenso, che l'infermo era costretto passare dei giorni angosciosi a letto.

Sensibilissimo al toccamento occorre cloroformizzarlo per osservare bene. Le sofferenze aumentando, e la febbre, abbenchè lieve, continuando, sul fondato sospetto d'una suppurazione epatica, un giorno, lo pungo nel 6.° spazio con una capillare cannula ad ago e siringa aspiratrice.

S'ottiene una piccola quantità di liquido torbido e bianchiccio, e si giudica chiaramente per liquido cistico misto a pus.

Poco dopo sorge fiero dolore nell'ipocondrio, e nella sera si ha una vera tempesta; dolori, gonfiore del ventre, febbre a 39.2. L'indomani si scovre chiaro un versamento peritonitico a dritta. Si temette di perdere l'infermo; ma le cose andarono migliorando tanto che dopo 10 giorni il Cafiero potè restituirsi a Sorrento, dove gradatamente andò migliorando.

Dopo circa due mesi si presentò da me per venirmi a ringraziare della cura fatta (cura che ora avea creduto di fare); e lo trovai così rifatto, che io ne rimasi meravigliato.

Dopo altri quattro mesi verso l'ottobre dello stesso anno riapparvero le antiche molestie, e lo stesso movimento febbrile; e questa volta con incremento progressivo più accentuato di tutti i fatti. Mi decisi ad operarlo. Assistito dall'egregio collega Dottor Tommaso Olivieri, punsi col mio trequarti nel 6.° spazio intercostale, sulla linea ascellare posteriore prolungata, ed assicuratomi d'essere capitato in una cavità, e visto uscire il liquido rasentando quasi la parete toracica andai a contropungere a 6 cent. in avanti e nello stesso spazio. Fuoriuscita di pus sieroso — immediata sostituzione d'un grosso tubo-lavaggio. Nella sera si calmarono i dolori, e si ridusse la febbre.

L'infermo restò sotto le cure intelligenti del Dottor Olivieri; e quando io lo rividi dopo otto giorni, lo trovai così migliorato che lo autorizzai a venirmi a trovare in Napoli.

La febbre era caduta da giorni, l'appetito ritornato.

Dopo venti giorni circa il grosso tubo venne sostituito da un più piccolo, e questo poi sostituito da un semplice filo, il quale ritirato permise la chiusura di quel piccolo tragitto; e nel corso di sette settimane la guarigione fu completa. Adesso è circa un anno, ed il signor Cafiero gode perfettissima salute.

D'allora cominciò una lieve elevazione termica, che non lo lasciò mai più sino all'aprile 86, quando io lo vidi. Giovane, piccolo di statura, di pelle bruna, e costituzione sana, nervosissimo. La base del torace dritto si mostra appena più prominente dell'omonima; gli spazii intercostali più larghi, ed un po' pieni. Il fegato appena deborda le cartilagini costali. La percussione rivela un notevole spostamento in alto dell'aja epatica, la quale rimonta quasi sino al 5.° spazio intercostale nella papillare.

STORIA VI.

Ruggiero Donato di anni 27, studente, di Alberona.

Cisti da echinococco del fegato, suppurata — Ricevuto in Clinica il 17 aprile.

Giovane. Non ha sofferto malattia d'importanza, mai sifilide: non è stato forte bevitore.

Il 28 luglio 1886 scorso — essendo volontario di un anno — facendo il campo militare, e per il freddo umido, e per errori dietetici fu colto da forte diarrea. — Non guarì completamente, tanto che, il 23 agosto, fu mandato in licenza di convalescenza. A casa, ebbe per una quindicina di giorni ancora disturbi intestinali e questa volta accompagnati anche a febbre: di poi si rimise

Ritornato al corpo nel mese di ottobre, ricomparvero i dolori, la diarrea sanguinolenta e la febbre, sicchè fu costretto passare all'ospedale gli altri giorni residuali d'ottobre. Nel novembre fu visitato dal Prof. Cantani che fece diagnosi di *Gastro-enterite con colite ulcerosa*: migliorò molto dopo la cura prescrittagli.

Nel febbraio 1887, però s'accorse che di tanto in tanto seguitava ad emettere un po' di muco colle feci, anzi ebbe diarrea sierosa per 2 giorni continui, nella notte sudori, e col termometro notò, nelle ore della sera, prima 38', poi 38,5, 39, sino a 40.°

Contemporaneamente i dolori intestinali, cominciarono ad avvertirsi limitati in corrispondenza dell'angolo epatico del colon, e fossa ileo-cecale.

Ai principî di marzo la febbre era anche nelle ore del giorno.

L'8 marzo, i dolori nella regione del fegato erano aumentati a tal punto che la mattina non potette alzarsi.

Durarono così intensi per una quindicina di giorni, poi s'accorse, che nella regione del fegato, verso la piccola ala, si formava come una bozza la quale è andata sempre aumentando di volume; da prima dura e poco dolente, poi più molle e più dolente.

Esame obbiettivo nella sua ammissione in clinica, aspetto sofferente; il generale moltissimo deperito.

È febbricitante (38,7) non ha forza d'andare da sè, ha dovuto essere trasportato sulla branda, e non è buono neanche a muoversi nel letto. In tutta la metà destra dell'addome un gonfiore diffuso, e più prominente in corrispondenza dell'aja epatica ed epigastria. Cute distesa, lucida con colorito scuro marezzato. Colla palpazione, per quanto dolorosa, la tumefazione si delimita meglio: in alto si sperde al di sotto dell'arco costale; e le costole e gli spazi intercostali sono più prominenti eccentricamente sospinti; in basso arriva sino alla fossa iliaca; lateralmente e verso diritta si sperde nel fianco corrispondente; a sinistra arriva quasi sino all'ascellare anteriore prolungata.

Colla percussione si ha ottusità la quale si estende dal limite inferiore della tumefazione fin sopra il capezzolo della mammella diritta. L'ottusità comprende tutta la regione epigastria sino indietro verso la lombare. L'infermo, per lo stato grave, non può essere esaminato posteriormente. I professori medici che ce lo hanno diretto avevano già riconosciuto un versamento pleuritico. La bozza più sporgente, che si vede nella regione epigastria, è tesa, ma profondamente si sente qualchecosa che accenna a fluttuazione. Lo stomaco dilatato è ricacciato nell'ipocondrio sinistro.

Esame dell' urina. — Assenza di albumina, di muco pus e di pigmenti patologici d'ogni maniera tranne una notevole quantità di uroeritrina; quanto ai principî ordinarî non vi è altro d'importante all'infuori di una grande abbondanza di urati: al microscopio non si è visto altro che moltissimi granuli di urato acido di sodio.

Si fa diagnosi di ascesso epatico, e propriamente di cisti da echinococco suppurata.

La mattina del 19 le condizioni si erano di molto aggravate;

e trasportato l'infermo in clinica fu operato alla presenza dei giovani. Puntura col trequarti speciale D'Antona sul punto più prominente della bozza e contropunzione a circa 6 cent. dalla puntura. Fuoriuscita da prima di liquido sieroso torbido, e poi purulento. Passaggio d'un tubo a drenaggio per dentro della cannula; ripetute lavande con leggiera soluzione calda al sublimato (1 su 6000. — Alla sera 37.3).

Giorno 20. — Vomito ripetuto. — Relativamente più tranquillo, aspetto più sollevato. Tempt: 37, 4, sera 37, 6. Si ripetono le lavande a traverso il tubo.

Giorno 21. — Continua il vomito. Nessuna scarica alvina. Urina normale. Tempt: 37, 5, sera 38, 4.

Giorno 22. — Comincia a ritenere il brodo e la carne; parecchie scariche alvine regolari. Alla medicatura minor quantità di liquido misto a pus. Tempt: 37, 3, sera 38, 4.

Giorno 23. — Si è ripetuto di nuovo il vomito verso la mezzanotte. Tosse stizzosa, con espettorato giallastro denso. Sudori notturni. Alla medicatura si è avuto una notevole quantità di secrezione sanguinolenta mista a pus, massime facendo pressione sulla piccola ala del fegato. Tempt: 37, 1, sera 38, 1.

Giorno 25. — Tosse molesta; espettorato denso; sudori. Si incide la cute tra i due fori; e si passa un filo di seta a traverso e si liga al di sopra. Tempt: 37, 5, sera 38, 2.

Giorno 26. — Identiche condizioni. Tempt: 37, 3, sera 38, 2.

Giorno 27. — Tosse continua, molesta: rantoli a grosse bolle nel lobo superiore del polmone diritto. La tumefazione è diminuita di volume, ma la secrezione è abbondante. Tempt: 37, 4, sera 38,5.

Giorno 28. — Comparsa di notevole quantità di pomfi pel corpo con prurito: del resto continuano le identiche condizioni, sino al giorno 3, quando il filo si restrinse di molto e si fece una sola apertura. Tempt: 37, sera 37, 9.

Giugno 5. — Si notò una notevole quantità di bile nel prodotto. Tempt: 36, 4, sera 37, 3.

Giorno 27. — È uscito dall' ospedale alla chiusura della clinica, molto migliorato nel generale e col cavo suppurante discretamente ristretto. Venne per parecchi giorni a medicarsi in clinica e poi

ritornò in paese. Quivi le medicature furono trascurate e malfatte. Il prodotto non colava libero si icorizzò e ritornò grave la febbre. Il 12 settembre fu rivisto dal Coadiutore della clinica Graziani: aveva la temperatura di 38, 5 mattina, 40,5 la sera. Era molto sciupato, denutrito; lingua arida, inappetenza; dejezioni alvine sciolte. Sudore viscido. Dalla ferita prodotto fetidissimo purulento. Dall' esame praticato si riscontrò ristagno del prodotto per cui fu necessario praticare indietro dell' ascellare posteriore prolungata, a circa due dita trasverse al di sopra della cresta iliaca, una controapertura mercè un trequarti. Allargamento dell' orifizio. La sera la tempt., scese a 37, 9. E così per 2 giorni consecutivi la temperatura non oltrepassò i 38°. — Di poi, si seppe, che la temperatura risalì nuovamente, e dopo 12 giorni morì.
